

ESSAI
SUR
L'AVORTEMENT
ET L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
A RÉPÉTITION

A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTPELLIER

THÈSE

Pré entée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

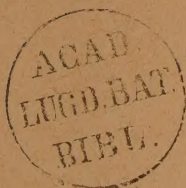
Le 4 juillet 1899

PAR

A. JOURDAN

Né à Loiras (C^u du Bosc)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUX, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 3

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON, DOYEN.
HAMELIN (*), ASSESSEUR.

Professeurs

Hygiène.

Clinique médicale.

Clinique chirurgicale.

Clinique obstétricale et Gynécologie.

Thérapeutique et Matière médicale.

Clinique médicale.

Clinique des maladies ment. et nerv.

Physique médicale.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Clinique chirurgicale.

Clinique ophtalmologique.

Chimie médicale et Pharmacie.

Physiologie.

Histologie.

Pathologie interne.

Anatomie.

Opérations et Appareils.

Microbiologie.

Médecine légale et Toxicologie.

Clinique des maladies des enfants.

Anatomie pathologique.

Id. BOSC (Chargé du cours).

DOYEN HONORAIRE : M. MAIRET (*).

PROF. HONOR. : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

MM. BERTIN-SANS.

GRASSET (*).

TEDENAT.

GRYNFELTT.

HAMELIN (*).

CARRIEU.

MAIRET (*).

IMBERT.

GRANEL.

FORGUE.

TRUC.

VILLE.

HEDON.

VIALLETON.

DUCAMP.

GILIS.

ESTOR.

RODET.

SARDA.

BAUMEL.

N.....

.....

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.....

Clinique annexe des maladies syphil. et cutan.

Clinique annexe des maladies des vieillards..

Pathologie externe

Pathologie générale.....

VALLOIS, agrégé.

BROUSSE, agrégé.

VIRES, agrégé.

DE ROUVILLE, agrégé.

RAYMOND, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :

BROUSSE.

RAUZIER.

LAPEYRE.

MOITESSIER.

BOSC.

Messieurs :

DE ROUVILLE.

PUECH.

VALLOIS.

MOURET.

DELEZENNE.

Messieurs :

GALAVIELLE.

RAYMOND.

VIRES.

IMBERT.

BERTIN-SANS

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, président.

BAUMEL, professeur.

PUECH, agrégé.

VALLOIS, agrégé, ch. de c.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation,

A la mémoire de ma Mère

Souvenir de piété filiale.

A MON PÈRE A MA MÈRE ADOPTIVE

Reconnaissance infinie, amour sans bornes

A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A. JOURDAN

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRYNFELTT

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique

Médecin en chef de la Maternité

A Monsieur le D^r GUÉRIN-VALMALE

Chef de Clinique obstétricale et gynécologique

A. JOURDAN

INTRODUCTION

Pendant notre stage à la Clinique obstétricale de Montpellier, nous avons été frappé par plusieurs cas d'avortement ou d'accouchement avant terme survenus chez des femmes qui avaient déjà présenté d'autres expulsions prématurées. Il nous a paru intéressant de rapprocher, en les réunissant dans une même vue d'ensemble, quelques cas de ce genre que nous avons recueillis à la Clinique parmi les observations de ces dernières années.

Ce n'est pas un travail de pure statistique que nous avons voulu entreprendre, mais bien un essai rapide sur les principales causes susceptibles de provoquer régulièrement, avant terme, l'expulsion du contenu utérin. Plusieurs, et quelques-unes assez fréquentes, ne sont pas invoquées dans nos observations; aussi, pour donner à notre travail un caractère d'homogénéité plus complet, consacrerons-nous un premier chapitre à l'exposé des causes qui peuvent, chez la même femme et successivement, occasionner des expulsions prématurées.

Ces causes peuvent :

- 1° Tenir à la mère ;
- 2° Provenir du père ;
- 3° Dépendre de l'œuf.

Nous adopterons cette division naturelle, et classique du reste, du premier chapitre en trois paragraphes.

Le second chapitre sera surtout consacré à l'exposé de quelques observations dans la plupart desquelles nous avons pu déterminer la cause de l'expulsion prématurée répétée. Pour quatre d'entre elles, que nous rejetons à la fin, il nous a été impossible de trouver une cause unique et appréciable.

Nous avons réservé pour le dernier chapitre quatre observations dans lesquelles la cause de l'expulsion répétée n'est pas relatée davantage, mais elles nous ont paru si intéressantes par le mode d'évolution des grossesses successives qu'il nous a semblé possible de nous appuyer sur ces faits pour proposer un essai d'explication pathogénique de certains cas d'expulsion prématurée répétée, considérés comme ayant une cause inconnue. Cette explication repose sur l'hypothèse de *l'extensibilité imparfaite* de certains utérus qui semblent acquérir à chaque nouvelle conception une propriété extensible plus grande, tendant à se rapprocher de la normale ou à l'atteindre, mais qui, avant d'y arriver, sont obligés d'expulser plusieurs fois leur contenu.

C'est surtout au sujet de ce dernier chapitre que nous demandons à nos juges de vouloir bien nous conserver la bienveillante indulgence à laquelle, depuis longtemps déjà, ils nous ont habitués.

Nous terminerons notre modeste travail par l'exposé rapide de quelques conclusions. Mais avant de commencer notre étude, il nous est doux d'exprimer à tous nos Maîtres l'expression de notre respectueuse sympathie et de notre profonde reconnaissance : puissions-nous, dans l'exercice de notre délicate mission, ne jamais dévier de la voie qu'ils nous ont si dignement tracée.

Nous devons nos remerciements les plus sincères à M. le professeur Grynfeldt pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire de présider à la soutenance de notre thèse et pour les leçons savantes et pratiques que nous avons reçues à ses intéressantes cliniques.

M. le professeur agrégé Puech nous a donné libéralement d'excellents conseils, nous le prions de vouloir bien accepter notre respectueux hommage de reconnaissance.

M. le professeur agrégé Vallois a bien voulu aussi nous donner de précieux encouragements, les observations qu'il nous a fournies ont eu pour nous beaucoup d'intérêt, nous ne saurions trop le remercier.

A M. le professeur Tédénat, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, nous offrons l'expression de notre vive gratitude pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter dès nos premiers pas dans l'art qu'il professe d'une façon aussi magistrale.

Nous ne saurions oublier d'exprimer à MM. les professeurs Hamelin et Baumel nos sentiments de vive gratitude pour leur bienveillante cordialité et les précieux conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer, en même temps que leurs leçons, depuis le début de nos études.

M. le professeur Imbert, dont nous avons été pendant un an l'aide-préparateur, a su nous perfectionner dans l'art de l'électrothérapie ; à ce titre, il a droit, ainsi que M. le professeur agrégé Bertin-Sans, à notre entière reconnaissance.

Il est aussi un maître, M. le professeur agrégé Rauzier, auquel nous devons spécialement exprimer nos sentiments de respectueuse et vive sympathie. Nous avons suivi, pendant tout le cours de nos études médicales et avec un intérêt toujours croissant, ses consultations et ses visites ; chacune

d'elles était pour nous la source d'un enseignement nouveau qui, en nous faisant connaître les finesses et les difficultés de l'art de guérir, a su nous le faire aimer. Nous n'oublierons jamais combien nous devons à ce maître.

Quant à notre distingué chef de clinique obstétricale, M. le Dr Guérin-Valmale, nous le prions d'accepter l'expression de notre profond attachement et de notre vive amitié pour avoir bien voulu s'intéresser à nous, non seulement pendant l'élaboration de notre modeste travail, mais aussi pendant nos dernières années d'études. Nous regretterons ses fines causeries amicales qui nous semblaient toujours trop rares et où nous trouvions, chaque fois, quelque bon conseil à glaner.

Enfin, nous sommes fier de déclarer insolvable l'immense dette d'amour et de reconnaissance contractée envers nos excellents parents, assez heureux toutefois si nous parvenons à prouver que leurs efforts n'ont pas été vains et qu'ils ont abouti à faire de nous un homme, peut-être un bon praticien.

ESSAI

SUR

L'AVORTEMENT ET L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

A RÉPÉTITION

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE DES EXPULSIONS PRÉMATURÉES RÉPÉTÉES

« L'avortement, dit Barnes, indique qu'il existe une maladie, ou que l'organisme est surtaxé. La femme saine, bien constituée, qui a conçu d'un homme sain, n'avorte que très difficilement ».

Quelles sont donc les causes susceptibles de provoquer, chez certaines gestantes, des expulsions prématurées qui souvent se reproduisent en série ?

Les causes tenant à la mère sont les plus importantes ; aussi

est-ce par elles que nous commencerons : celles dues au père seront ensuite l'objet d'un assez court paragraphe ; enfin, celles dépendant de l'œuf ne nous arrêteront pas longtemps.

§ 1. — *Causes tenant à la mère*

Elles seront générales ou locales, suivant qu'elles se rapporteront à l'état général de la femme ou à l'état spécial des organes reproducteurs.

Parmi les CAUSES D'ORDRE GÉNÉRAL, nous citerons en première ligne l'*hérédité*. Pour certains, la mère transmet à sa fille une prédisposition particulière à avorter : pour d'autres, c'est plutôt le tempérament dont l'enfant hérite. Garimond pense que c'est surtout la prédisposition aux hémorrhagies qui est transmise à la fille par sa mère.

Age. — C'est de 20 à 40 ans, d'après Velpeau, que les fausses couches sont le moins fréquentes. C'est surtout chez les femmes plus jeunes que l'on observe des expulsions prématurées répétées, comme le démontre un travail du D^r J. Rouvier.

L'*obésité* a été incriminée : il est naturel, en effet, que les enfants de ces ralenties de la nutrition souffrent et soient expulsés avant terme. Les femmes d'une *constitution délicate*, *chloro-anémiques*, celles dont l'*alimentation est insuffisante* et l'*hygiène mauvaise* ne peuvent déjà pas se suffire à elles-mêmes ; aussi, les matériaux nécessaires au développement du fœtus lui manqueront-ils en grande partie et l'interruption répétée des diverses grossesses arrivera le plus souvent.

L'*altitude*, le *climat*, semblent, par eux-mêmes, n'avoir qu'une influence médiocre : nous n'y insisterons pas.

Si les traumatismes, les émotions vives, peuvent provo-

quer un avortement, il est au moins bien exceptionnel que l'on puisse relever ces causes comme facteur étiologique dans des cas d'expulsion prématurée en série. Si l'on peut en dire autant des maladies aiguës, il n'en est plus de même, au contraire, pour ce qui a trait aux *maladies chroniques*. Ici, la cause persistant, l'effet se reproduit sans cesse, car c'est par la débilitation de l'organisme maternel que ces affections agissent sur l'œuf.

Les diverses *intoxications* (saturnine, mercurielle, sulfo-carbonée, éthylique, tabagique, etc....) sont susceptibles de produire de nombreux avortements ou accouchements prématurés successifs. L'action de ces intoxications est le plus souvent passagère, puisqu'il suffit généralement d'éloigner la femme du foyer de contagion pour voir ses grossesses arriver à terme. Se basant sur certains cas d'intoxication mercurielle par le traitement hydrargyrique, les anciens étaient d'avis de ne pas traiter la syphilis des femmes grosses : on est aujourd'hui bien loin de cette opinion et de très nombreuses observations prouvent que l'on doit employer, même énergiquement, pendant la grossesse, le traitement mercuriel quand il est indiqué.

Nous avons pu voir nous-même trois femmes syphilitiques, traitées par le mercure pendant leur grossesse, donner le jour à des enfants non seulement vivants, mais ne présentant aucune lésion spécifique.

La *syphilis maternelle* est certainement la cause la plus fréquente des interruptions répétées de la grossesse. Toutefois, les accidents survenant au cours de cette dernière ne sont pas, le plus souvent, en rapport avec l'intensité de la vérole, dont l'âge paraît avoir une action bien plus grande. Fournier nous dit, en effet : «Le temps use, atténue, l'influence hérédosyphilitique et peut finir par l'annuler». Il n'est donc pas étonnant de voir survenir le plus grand nombre d'accidents

pendant la première année, l'«année terrible» de Fournier. Vers la fin de la troisième année, l'influence de la maladie est devenue bien moindre et parfois même nulle si le traitement a été institué dès le début ; mais ce n'est là qu'une date toute relative, puisque l'on a pu observer des faits de contamination survenus 8, 10, 15 et même 20 ans après le chancre.

Quant à la cause principale qui entraîne l'expulsion prématurée du fœtus, c'est sa mort, due soit à son infection, soit à un trouble de nutrition, dépendant du mauvais état de la mère ou des altérations placentaires, soit à une sténose des vaisseaux du cordon. Quelquefois, c'est par l'hydramnios qu'agit la syphilis.

La *fièvre intermittente*, accusée de produire souvent des accouchements prématurés répétés, ne paraît pas avoir une action aussi efficace qu'ont bien voulu le dire certains auteurs : en effet, dans les localités palustres de notre bord méditerranéen, les cas d'accouchement prématuré ou d'avortement à répétition ne sont pas beaucoup plus nombreux que dans les endroits où ne règne pas la malaria.

L'*albuminurie* a une importance beaucoup plus grande : elle constitue un facteur étiologique sérieux des expulsions prématurées répétées. La mort du fœtus que l'on observe dans ces cas est due, en grande partie, à son asphyxie, produite par l'insuffisance du tissu placentaire, qui est restreint de plus en plus par les foyers hémorrhagiques nombreux qui, se formant dans son épaisseur, donnent naissance à ces foyers fibreux ou à ces truffes parfois énormes que l'on retrouve à la coupe.

Un caractère fréquent, sinon absolu, de ces avortements est de se rapprocher de plus en plus du début de la grossesse ; c'est le contraire dans la syphilis : dans ce cas, les diverses grossesses arrivent généralement de plus en plus près du terme.

Ajoutons encore au nombre des causes générales la *tuberculose*, le *cancer*, les *maladies de cœur*, le *diabète*, la *constipation*, les *vers intestinaux*, les *varices*, les *états congestifs de l'utérus et du col en particulier*, etc. Leur action porte surtout sur l'état général de la mère qui, ne pouvant suffire à sa double tâche, voit à plusieurs reprises son produit de conception chassé avant terme.

CAUSES LOCALES. — *Coût*. — Sans vouloir, comme Miquel de Tours, en faire 9 fois sur 10 la cause de la fausse couche, ou, comme Aristote, trouver là un bon moyen de préparer la voie que suivra plus tard l'enfant, nous admettons facilement l'influence perturbatrice de cet acte trop fréquemment répété, surtout aux époques correspondant au retour périodique de la menstruation.

Les poètes eux-mêmes n'ignoraient pas ce fait. Écoutons Sacombe dans la Luciniade :

- « Épouses, je vous dois un conseil salutaire :
- » Quand vous aurez conçu, n'allez point à Cythère.
- » La nacelle à Vénus, sur les flots amoureux,
- » Peut souvent rencontrer des écueils dangereux ;
- » D'ailleurs, l'île où les Ris, les Jeux dansent sans cesse,
- » Est un séjour funeste à l'état de grossesse.
- » Des folâtres amours l'aveugle emportement
- » Dans le cours des neuf mois produit l'avortement ».

Qu'on nous permette de citer, à ce sujet, le résumé d'une observation d'avortement à répétition que M. le professeur agrégé Vallois a bien voulu nous donner et qui nous paraît avoir ici sa place : Une dame âgée de 22 ans environ a eu une première grossesse terminée par un avortement à 6 mois. L'enfant, né vivant, n'a pu, malgré tous les soins pris par l'accoucheur, être sauvé. Pas de cause pouvant expliquer cet avortement.

Un an après, nouvel avortement de 4 mois et demi à 5 mois, sans cause connue.

Devenue enceinte pour la troisième fois, Madame X, au bout d'un mois environ, se sépare d'avec son mari et va demeurer chez ses parents où elle accouche, à huit mois et demi, d'un enfant vivant et bien constitué.

L'*irritabilité utérine* a été invoquée par beaucoup d'auteurs qui considèrent l'utérus comme un « *bon garçon* » devenant de moins en moins irritable à chaque nouvelle conception. Notre maître M. le professeur Grynfeldt nous a cité plusieurs observations qui semblent relever de cette cause, que nous admettons d'ailleurs très volontiers : mais dans ces cas, par le fait même de la répétition de l'acte excitant, ne semble-t-il pas que l'irritabilité de l'utérus doive toujours s'accroître, absolument comme cela arrive chez les lithiasiques dont l'uretère ou les canaux biliaires, au lieu de s'habituer, réagissent de plus en plus fort chaque fois qu'un calcul s'engage dans leur lumière.

Métrite chronique. — Qu'elle soit à prédominance muqueuse ou parenchymateuse, on trouve, dans les deux cas, des lésions portant à la fois sur la muqueuse et sur le parenchyme utérin. Ces lésions, que nous n'avons pas à étudier, étant persistantes, on conçoit très bien qu'il pourra se produire chez la même femme atteinte de métrite chronique une série d'expulsions prématurées. Quelques-uns de ces cas seront facilement expliqués par la rigidité du parenchyme utérin qui limite fortement son extensibilité. Les altérations de la muqueuse qui persistent pendant la grossesse, en donnant lieu à l'endométrite *gravidarum*, comme dit Schul, ont une action bien plus efficace pour provoquer l'avortement à répétition. Enfin, la métrite chronique prédispose à l'insertion basse du placenta ; or, comme le *placenta prævia* donne souvent lieu à l'accouchement prématuré, on comprend facilement

que la même cause, se reproduisant, amène la répétition des mêmes effets.

Nous ne dirons qu'un mot au sujet de l'endocervicite qui peut provoquer plusieurs avortements successifs lorsqu'elle permet l'imprégnation.

Les *malformations*, les *tumeurs utérines* (fibromes, cancer, etc...) sont autant de causes d'expulsion prématurée en série. Nous citerons également les *déviation utérines* : c'est surtout la rétroversion qui produit l'avortement à répétition. « L'anteversion, disent MM. Tarnier et Budin, n'est pas extrêmement rare au début de la grossesse, mais elle passe souvent inaperçue à cause du peu de gravité des symptômes auxquels elle donne lieu habituellement ».

Notons, en terminant l'exposé des principales causes maternelles, les *flexions utérines* que Charpentier, dans un article publié dans les Annales de la Société obstétricale de France, considère avec juste raison comme prédisposant à l'avortement à répétition, à cause de l'«éperon» induré qui se forme au point de flexion et qui, empêchant le ramollissement du col, amène l'interruption de la grossesse ; les *adhérences péritonéales*, les *tumeurs périutérines*, celles de l'ovaire en particulier, l'*inflammation* ou l'*adhérence des annexes* exercent aussi une action appréciable.

§ 2. — Causes provenant du père.

Nous trouverons, ici, des causes que nous connaissons déjà : l'âge, mais surtout l'âge avancé, contrairement à ce que nous avons remarqué chez la mère ; la *caducité précoce*, l'*abus des rapports sexuels*, etc.

L'influence des *maladies générales* a aussi une action marquée sur l'évolution ultérieure de la grossesse par l'intermé-

diaire d'un sperme de mauvaise qualité : telles sont la *tuberculose*, le *cancer*, les *néphrites*, le *diabète* et surtout la *syphilis*. Mais la syphilis paternelle paraît avoir une influence moins marquée, environ moitié moindre d'après Legrand, que la même maladie chez la mère. De nombreuses observations de Cullerier, Diday, Charrier, etc., tendent à prouver que le père, seul syphilitique, procrée souvent des enfants sains, la femme restant également indemne. Cette action de la vérole diminue, comme chez la mère, sous l'influence de l'âge et du traitement de l'affection, ainsi que le démontrent plusieurs observations de Fournier.

Les diverses *intoxications*, saturnine et alcoolique surtout, doivent être mentionnées comme cause d'avortement à répétition.

Enfin, nous trouvons, comme chez la mère, des causes locales qui peuvent altérer la vitalité du spermatozoïde et donner lieu, par conséquent, à des grossesses successives qui n'arriveront pas à terme : telles sont les *orchites*, les *prostatites*, les *uréthrites*, les *rétrécissements du canal de l'urèthre*.

§ 3. — Causes dépendant de l'œuf.

L'évolution et la vie fœtale sont si intimement unies à l'intégrité du placenta que les maladies de ce dernier auront sur elles un retentissement très marqué se traduisant par une mauvaise constitution du fœtus ou par sa mort : dans ce dernier cas, il est bientôt expulsé.

Les *hémorrhagies placentaires*, la *dégénérescence fibro-graisseuse du placenta*, l'*hydropisie des villosités choriales* amènent souvent des expulsions prématurées répétées.

Léopold cite la *sténose des vaisseaux ombilicaux* qui entraîne la mort du fœtus.

Le *développement exagéré du placenta* a aussi été signalé par Garimond.

Quelquefois, le volume ou l'état pathologique du placenta ne sont pas en jeu, c'est seulement son *insertion basse* qui occasionne la répétition des expulsions prématurées.

Notons, en passant, l'*épaisseur trop faible des membranes*, les *altérations de la caduque*, l'*hydramnios*.

Le *fœtus* lui-même peut être la cause de son expulsion prématurée : par sa mort dont nous n'étudierons pas les divers mécanismes ; par les monstruosité qui agissent dans le même sens ; par le nombre : il est, en effet, classique de voir quelquefois des grossesses gémellaires prendre fin plusieurs fois avant terme.

Sans vouloir nier les causes ovulaires qui peuvent entraîner l'avortement ou l'accouchement prématuré à répétition, nous ne croyons pas être trop éclectique en rattachant à l'état général de la mère la plupart des causes considérées simplement comme d'origine ovulaire.

Les hémorrhagies placentaires sont généralement dues à l'albuminurie.

La dégénérescence du placenta, son développement exagéré, la sténose des vaisseaux ombilicaux, l'hydramnios, voilà plus qu'il n'en faut pour songer à la syphilis.

Quant à l'insertion répétée du placenta sur le segment inférieur, nous avons vu qu'on la notait, le plus souvent, dans la métrite chronique.

On voit donc que si l'état général de la mère peut retentir sur une partie de l'œuf, il ne faut pas attribuer exclusivement à ce dernier une action unique qu'il n'a pas souvent dans l'étiologie des expulsions prématurées répétées.

Nous terminerons par ces quelques considérations cet exposé rapide sur l'étiologie des expulsions prématurées à répétition.

CHAPITRE II

Comme nous l'avons dit précédemment, ce chapitre comprendra quelques observations recueillies à la Clinique obstétricale. Nous les avons classées par ordre de fréquence, et, malgré le petit nombre que nous en possédons, nous pouvons constater, une fois de plus, un point admis par tous les accoucheurs : c'est l'influence prépondérante de la syphilis comme cause d'accouchements prématurés répétés.

Ce fait est si vrai que Trousseau a pu dire : « Quand vous serez appelé près d'une femme pour laquelle l'avortement ou l'accouchement prématuré est devenu une habitude, vous aurez tort si vous ne faites pas figurer l'infection syphilitique parmi les causes supposables dont on dresse un catalogue provisoire avant d'asseoir son jugement ».

Depaul est peut-être encore plus affirmatif, puisqu'il conseille, en face d'une série de fausses couches dont on n'a pu trouver la cause, de tenter le traitement antisyphilitique. A ce sujet, M. le professeur agrégé Puech nous a cité un cas (observé dans sa clientèle) dans lequel le grand traitement a donné un succès aussi rapide qu'inespéré, puisque rien ne permettait de songer à la spécificité, pas plus chez le mari que chez la femme. Cette dernière avait avorté trois ou quatre fois de suite avant tout traitement ; elle mena, après, toutes ses grossesses à terme.

Treize de nos observations d'expulsion prématurée répétée ont une cause connue. Nous pouvons, en les répartissant suivant l'ordre de fréquence de cette cause, les diviser ainsi :

6 obs.	—	Cause connue :	Syphilis.
3	—	—	Albuminurie.
2	—	—	Métrite chronique.
1	—	—	Maladie mitrale.
1	—	—	Fièvre intermittente.

Viennent ensuite 8 observations de cause inconnue.

Observation I

(Syphilis)

A. A..., 23 ans, ouvrière (vert-de-gris), fait, en 1891, un séjour à l'Hôpital suburbain pour un chancre mou et un bubon suppuré. Revient à cause d'accidents secondaires syphilitiques, mais part bientôt après et ne suit pas le traitement prescrit.

Au mois de décembre 1892, elle accouche à 7 mois d'un fœtus dont la macération est très avancée et qui est à l'état de rigidité cadavérique. Le placenta, qui est inséré bas (0^m02), pèse 700 grammes.

En 1893, nouvel accouchement à 7 mois d'un enfant mort et macéré.

Enfin, le 4 mai 1896, accouchement prématuré encore au 7^me mois de la grossesse. Enfant mort et macéré.

Dans tous les cas, le placenta présentait les caractères du placenta syphilitique. Enfin, en 1899, après avoir été soumise à un traitement approprié, M^{me} A. a donné naissance à un enfant vivant venu à terme et bien constitué.

Observation II

(Syphilis)

J. C..., âgée de 26 ans, ménagère, mariée à 22 ans. Après cinq mois de mariage, elle perdait les cheveux par poignées et chaque jour, en même temps qu'elle éprouvait des démangeaisons générales accompagnées de petits boutons. Quelque temps après, apparition

de nombreuses et larges plaques rouges non prurigineuses, disparues au 8^me mois de mariage.

La malade n'a subi aucun traitement antisyphilitique.

(Le mari, ancien soldat en Algérie, est actuellement plombier depuis un an).

Cette femme, dont les règles, instituées à 12 ans, étaient douloureuses et peu abondantes, a eu quatre grossesses (chacune à un an d'intervalle) qui se sont terminées par l'expulsion à 7 mois d'enfants morts et macérés. Au 3^me accouchement, on avait noté une brièveté excessive du cordon. Dans tous les cas le placenta présentait la coloration saumonée.

Pas d'albumine dans les urines.

Observation III

(Syphilis)

M. A., 35 ans, a eu à 15 ans une fièvre typhoïde ayant duré quatre mois. Il y a 3 ans, éruption sur les parties génitales externes permettant de songer à la syphilis, sans pouvoir l'affirmer. Cette femme a eu, à 30 et 31 ans, deux accouchements à terme, mais les enfants sont morts un mois après leur naissance.

A 33 ans, accouchement prématuré à 7 mois d'un fœtus mort.

A 34 ans, avortement à 4 mois avec hémorrhagie abondante. Pas de placenta prævia.

Enfin, le dernier accouchement prématuré a eu lieu au 8^me mois de la grossesse. Le fœtus était mort et macéré et l'on pouvait noter nettement l'hydramnios.

Le placenta était bordé, à cotylédons friables et ramollis.

Observation IV

(Syphilis)

B. J., 23 ans, tailleuse, a eu antérieurement une fièvre typhoïde, une angine avec rougeole, une fluxion de poitrine. Au mois de no-

vembre 1893, elle a été soignée à Toulouse pour plaques muqueuses des lèvres avec chute des cheveux (pas trace de chancre à ce moment).

Première grossesse à terme.

Ensuite deux avortements, l'un à 3 mois en 1891; l'autre à 5 mois en décembre 1892.

Enfin, en mars 1894, elle expulse à 7 mois $1/2$ un fœtus mort et macéré.

On pouvait noter l'hydramnios.

Le placenta, qui était inséré bas, pesait 825 grammes.

Observation V

(Syphilis)

T. P..., 23 ans, cuisinière, a eu, il y a un an, un accouchement prématuré à 7 mois, avec enfant mort-né.

Elle accouche de nouveau, un an après, d'un fœtus au 8^me mois, mort-né et macéré.

Cette femme est atteinte de syphilis depuis bientôt deux ans.

Placenta très volumineux, 720 grammes.

Observation VI

(Syphilis)

M. V..., 21 ans a eu une première grossesse à 17 ans $1/2$, terminée à terme par la naissance d'un enfant vivant.

A 19 ans, accouchement prématuré à 6 mois $1/2$. Le fœtus est mort au bout de 8 heures, ne présentant aucune lésion apparente. La malade accuse comme cause de cet avortement une forte émotion dont elle aurait d'ailleurs perdu le souvenir. Cette explication nous paraît donc bien sujette à caution.

A 21 ans, accouchement prématuré à 8 mois, enfant vivant, pesant 2.015 grammes, présentant une hypertrophie marquée du corps thyroïde.

Quatre mois avant ce dernier accouchement, la malade était soignée à l'Hôpital suburbain pour une ulcération qui avait enlevé la lulette et une partie du voile du palais, et qui a d'ailleurs été rapidement améliorée et complètement cicatrisée après plusieurs injections d'huile grise et l'institution du traitement antisypilitique

Sur ces six cas, nous trouvons deux fois seulement, et institué tardivement, le traitement de la syphilis. Son action ne paraît pas douteuse, puisque, dans ces seuls cas, les enfants ont été vivants et nés le premier à terme, l'autre à 8 mois. Nous signalons ce fait en passant, car l'heureuse influence du mercure sur la syphilis des femmes grosses n'est plus à prouver.

Observation VII

(Albuminurie)

R. S..., âgée de 41 ans, a eu à 12 ans une petite vérole très grave. Vers l'âge de 28 ou 29 ans, elle a souffert longtemps (3 ou 4 ans) de maux de reins qui ont exigé un traitement, soit d'une déviation rachidienne au début, soit d'une coxalgie (séjour de 5 ans à Balaruc).

Mariée à 32 ans, elle accouche, 14 mois après, d'une fille mort-née et macérée au 7^{me} mois de la première grossesse. Durant cette grossesse, la mère n'avait eu qu'une seule syncope.

Deux ans après, deuxième grossesse mauvaise. Accouchement mauvais avec hémorrhagie violente du post-partum, avortement d'un garçon mort-né à 4 mois.

Troisième grossesse terminée par un avortement à 1 mois.

La quatrième grossesse est caractérisée par des crises d'éclampsie vers la fin du 8^{me} mois.

La femme entre alors à la Clinique où elle est soumise au régime lacté; elle mange peut-être un peu en cachette, mais les crises dimi-

nuent et l'accouchement se termine très bien, malgré l'imminence d'une crise.

L'enfant est chétif, mais vivant.

Jamais beaucoup d'albumine dans les urines.

Le placenta présente d'anciens foyers hémorrhagiques.

L'albumine diminue rapidement après l'accouchement et la femme peut très bien nourrir.

Observation VIII

(Albuminurie)

A. M..., 27 ans, couturière, a eu, à 19, ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Devenue 8 fois enceinte, elle voit ses grossesses se terminer d'une façon assez particulière.

A 19 ans, fausse couche à 5 mois : enfant mort.

A 20 et 21 ans, deux accouchements à terme : enfants vivants.

A 22 ans, accouchement prématuré à 8 mois : enfant vivant, mort un mois après.

A 23 ans, avortement à 2 mois.

A 24 et 25 ans, deux accouchements prématurés, à 8 mois, d'enfants mort et macérés.

Enfin, la dernière grossesse est menée à bonne fin, malgré une albuminurie des 4 premiers mois, ayant d'ailleurs cessé sous l'influence du régime lacté absolu.

Placenta légèrement prævia 0^m08. L'amnios était complètement décollé dans la moitié du placenta correspondant au petit lambeau, adhérent de l'autre côté.

Observation IX

(Albuminurie)

L. B..., domestique, 37 ans, a perdu son père d'une cardiopathie rhumatismale et son mari d'un anévrisme. Le mari avait eu des céphalées nocturnes.

Cette femme a eu la rougeole à 3 ans, la fièvre muqueuse à 7 ans, une méningite à 10 ans et, depuis 4 mois, elle présente tous les signes du brightisme pour lequel elle est entrée à l'Hôpital suburbain.

Une première grossesse survenue à 17 ans $1/2$ s'est terminée par un avortement à 2 mois (cause inconnue).

Après cet avortement, trois grossesses consécutives sont menées à terme et donnent chacune un enfant vivant. Alors, sans cause appréciable, surviennent trois avortements successifs, l'un à 2 mois, l'autre à 3 mois, le dernier à 4 mois $1/2$.

Enfin, un nouvel avortement survient à 5 mois, mais ici la femme présente tous les signes du brightisme (vue trouble, céphalée, cryes-thésie, vomissements, albuminurie légère (0 gr. 50 à 0 gr. 60 par litre).

Placenta albuminurique avec de nombreux foyers hémorragiques récents et anciens, truffe énorme et récente au centre.

Enfant mort depuis huit jours, macéré.

Nous ne ferons qu'une simple remarque sur ces trois cas d'albuminurie : c'est la faible quantité d'albumine qui a été notée dans chacun d'eux.

Il semble donc qu'il serait téméraire et imprudent, de la part du praticien, de porter un pronostic trop favorable chez une femme grosse atteinte d'albuminurie même légère : une prudente réserve et un traitement approprié nous paraissent plutôt de mise.

Observation X

(Mérite chronique. — Placenta prævia)

M. V..., 24 ans, domestique, a eu, au mois de novembre 1893, un premier accouchement à terme.

En janvier 1896, un avortement à 3 mois se produit sans cause connue.

Le 25 septembre 1897, accouchement prématuré à 8 mois, donnant naissance à une fillette pesant 2.750 grammes.

On ne constate pas d'albumine chez la mère, mais il existe une insertion basse du placenta.

Après son premier accouchement, la femme avait présenté de légères pertes blanches, qui n'ont jamais entièrement disparu.

Observation XI

(Métrite chronique)

E. M..., 27 ans, ménagère, dont la mère est morte à la suite d'une fausse couche à 30 ans, ne présente aucun antécédent morbide personnel. Toutefois, après avortement, en 1896, elle a eu des pertes blanches qui sont, depuis un an, plus abondantes et jaunâtres.

Cette femme a eu deux premiers accouchements à terme, en mai 1890 et en janvier 1893 : ils ont tous deux été excellents, la mère a eu seulement quelques gerçures au sein chaque fois.

Le 5 avril 1896, à la suite d'une vive émotion (incendie dans sa maison), expulsion d'un œuf de 3 mois et demi.

En février 1899, nouvel avortement à 3 mois et demi avec hémorrhagie assez abondante pour exiger l'injection de 500 c. c. de sérum

Pas d'albumine dans les urines.

Pour ne pas nous répéter au sujet de ces deux observations, nous renverrons le lecteur à ce que nous avons dit dans le chapitre précédent, à propos de la métrite chronique.

Notons cependant, dans l'une d'elles, la présence du placenta prævia.

Observation XII

(Maladie mitrale)

A. P..., 36 ans, a eu des rhumatismes à 16 ans. Hérité alcoolique très marquée.

Cette femme a eu 9 grossesses : les deux premières ont pris fin à 7 mois et demi avec mort des fœtus ; la troisième a donné un enfant difforme, microcéphale et mort.

Après, deux enfants sont venus à terme.

Ce dernier accouchement a été suivi de 3 avortements successifs.

Enfin, la dernière grossesse s'est terminée à 8 mois, par la mort de la mère qui était atteinte depuis longtemps de maladie mitrale.

L'opération césarienne pratiquée, post-mortem, n'a donné qu'un fœtus mort en asphyxie blanche.

Cette observation concorde avec un certain nombre d'autres qui ont été citées par divers auteurs pour montrer combien est grave, pour l'enfant et pour la mère, le pronostic de la maladie mitrale chez une femme grosse. Dans le cas actuel, constatons l'évolution rapide de cette maladie chez la mère sous l'influence des grossesses répétées et rapprochées.

Observation XIII

(Fièvre palustre)

R. L..., 34 ans, a eu à 5 ans et demi une fièvre typhoïde et la rougeole.

A eu deux premières grossesses arrivées à terme : le premier enfant est mort à 2 ans et demi de méningite ; le deuxième à 8 mois et demi.

En 1884, accouchement gémellaire prématuré à 7 mois, avec enfants morts.

Atteinte par les fièvres palustres après cet accouchement et redevenue enceinte, cette femme avorte en 1893 d'un œuf de 1 mois et demi.

En 1896 nouvel avortement à 4 mois et demi.

De temps à autre, la dame R. L... a des accès de fièvre, combattus assez efficacement par le sulfate de quinine, mais elle ne prolonge pas assez longtemps la médication quinique.

Pas d'albuminurie.

Soulignons, dans cette dernière observation de cause connue, les divers avortements successifs, alors qu'il est beaucoup plus souvent la règle d'observer dans la malaria l'accouchement prématuré.

Observation XIV

(Cause inconnue)

M. R..., 30 ans, modiste, a eu, il y a 7 ans, un premier accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort.

La même année, avortement à 4 mois.

Cinq ans après, M. R... accouche encore prématurément à 7 mois d'un fœtus qui a survécu une heure.

Enfin, le 5 octobre 1895, accouchement prématuré à 7 mois et demi avec mort et macération du fœtus.

La mère ne présente aucune trace de syphilis récente ou ancienne.

Pas d'albuminurie.

Observation XV

(Cause inconnue)

F. C..., 28 ans, ménagère, après avoir eu deux accouchements normaux et à terme, présente une suite de trois avortements successifs à 2 mois et demi, sans cause connue,

Un an après son dernier avortement, elle accouche spontanément et à terme d'un enfant vivant.

Aucun antécédent morbide chez la parturiente qui ne présente qu'un léger rétrécissement du bassin.

Observation XVI

(Cause inconnue)

C. B..., 36 ans, ménagère, mariée à 25 ans, a eu sept grossesses dont les trois premières sont seules arrivées à terme. Les trois autres ont pris fin par un avortement de cause inconnue.

En mars 1892, cette femme de nouveau enceinte avorte à 4 mois, invoquant comme cause accidentelle une chute faite deux jours auparavant.

Aucun antécédent morbide.

Observation XVII

(Cause inconnue)

J. B..., 39 ans, réglée pour la première fois à 15 ans, l'a toujours été régulièrement depuis.

Mariée à 25 ans, elle avorte 4 mois après.

A 32 ans, nouvel avortement à 3 mois.

En 1898, accouchement terminé à terme, ayant donné naissance à un enfant vivant.

La première de ces quatre observations de cause inconnue nous présente si bien les allures de l'avortement à répétition dû à la syphilis, que nous n'hésiterions pas, malgré l'absence de tout stigmate, à suivre le conseil de Depaul et à soumettre la femme au traitement mercuriel. Les autres observations sont moins caractéristiques, puisque les avortements ont eu lieu vers le troisième mois de la grossesse.

La cause de certains cas d'expulsion prématurée nous échappe donc ; mais pour certains, n'est-elle pas plutôt inavouée qu'inconnue ?... Trop souvent, malheureusement, la réponse doit être affirmative ; comme, dans ce cas, la parole est au médecin légiste et au juge d'instruction, nous nous contenterons de cette simple mention.

Il nous resterait encore à classer quatre observations dans lesquelles la cause des expulsions répétées, sans être évidente, paraît explicable : aussi, les réserverons-nous pour le chapitre suivant.

CHAPITRE III

C'est par l'exposé des observations dont nous avons parlé à la fin du chapitre précédent que nous commencerons celui-ci.

Observation XVIII

(Utérus imparfaitement extensible)

M. B..., 18 ans et demi, couturière, a toujours été bien réglée depuis l'âge de 15 ans.

Devenue enceinte, elle avorte une première fois à 4 mois, sans cause nette appréciable.

Le 12 mars 1896, accouchement prématuré à la fin du huitième mois d'une fillette vivante, toujours sans cause connue.

Observation XIX

(Utérus imparfaitement extensible)

M. J..., 23 ans, domestique. Bons antécédents héréditaires. Personnellement, elle a eu la rougeole : elle a marché tard (à 3 ans) et a été réglée à 17, d'une façon irrégulière jusqu'à 20 ans, régulièrement après cette époque.

A 21 ans, fausse couche à 4 mois et demi.

A 23 ans, accouchement prématuré avec rupture spontanée des membranes à 8 mois. Enfant vivant.

Observation XX

(Utérus imparfaitement extensible)

B. M..., 27 ans, couturière, présente une bonne hérédité.

Au mois de mai 1891, il se produit un premier avortement à 2 mois. La mère accuse un traumatisme antérieur (coup de pied).

Vers la fin de la même année, a lieu un nouvel avortement à 6 mois.

A la fin du mois d'octobre 1892, accouchement prématuré à 8 mois d'une fille vivante.

Enceinte pour la dernière fois, en 1898, cette femme accouche encore au huitième mois de sa grossesse : Enfant vivant.

Dans tous ces cas, pas de cause citée.

Observation XXI

(Utérus imparfaitement extensible)

J. C..., 25 ans, lingère, a eu trois accouchements prématurés antérieurs, qui ont eu lieu à la Charité de Lyon.

Le premier accouchement s'est fait à 6 mois de grossesse.

Les deux suivants à 8 mois et demi.

La quatrième grossesse s'est terminée à Montpellier, à la Clinique obstétricale, par un nouvel accouchement prématuré à 8 mois et demi avec survie de l'enfant.

Pas d'albuminurie.

Pour rendre visibles d'un seul coup d'œil les rapports qui peuvent exister entre ces différents cas et surtout les diverses époques auxquelles ont pris fin les grossesses successives chez la même femme, qu'on nous permette de résumer par des chiffres le contenu de ces quatre observations :

Obs. XVIII.	1 ^{re}	grosses. termin. par:	Avortement à	4 mois
	2 ^e	— — — — —	Accouch ^t prém ^{re} à	8 mois
Obs. XIX.	1 ^{re}	— — — — —	Avortement à	4 mois 1/2
	2 ^e	— — — — —	Accouch ^t prém ^{re} à	8 mois
Obs. XX.	1 ^{re}	— — — — —	Avortement à	2 —
	2 ^e	— — — — —	Avortement à	6 —
	3 ^e	— — — — —	Accouch ^t prém ^{re} à	8 —
	4 ^e	— — — — —	Accouch ^t prém ^{re} à	8 —
Obs. XXI.	1 ^{re}	— — — — —	Avortement à	6 —
	2 ^e	— — — — —	Accouch ^t prém ^{re} à	8 mois 1/2
	3 ^e	— — — — —	id.	à 8 mois 1/2
	4 ^e	— — — — —	id.	à 8 mois 1/2

Ce qui frappe dans cet exposé, c'est d'abord l'avortement qui termine la 1^{re} grossesse chez nos quatre femmes ; ensuite, la durée plus longue des gestations ultérieures ; enfin, un fait qui nous paraît digne de remarque, l'interruption de toutes ces grossesses avant terme.

Bien que le nombre en soit restreint, ce sera sur ces quatre observations, qui présentent de nombreuses analogies, que nous essayerons de tabler, pour proposer l'interprétation pathogénique de ces expulsions prématurées répétées. C'est volontairement que nous nous sommes borné aux observations prises à la Clinique ; mais nos juges ne nous en voudront sans doute pas d'apporter une donnée supplémentaire en ajoutant, en guise de corollaire, l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vallois.

M^{me} S..., en décembre 1896, fit une première fausse couche de 1 mois 1/2, après avoir, dit-elle, soulevé un objet assez lourd. Peu de temps après cet effort, douleurs rénales, puis abdominales, puis écoulement sanguin peu abondant suivi de l'expulsion entière de l'œuf qui était rompu.

En octobre 1897, deuxième avortement, sans cause connue, à 3 mois (à un moment coïncidant avec celui des époques menstruelles).

Enceinte de nouveau, M^{me} S... avait vu ses dernières règles finir le 3 juin 1898. Le 12 septembre, sans cause connue, elle est prise d'hémorrhagie assez abondante, mais indolore. Le col a toute sa longueur.

Malgré un traitement préventif, le 16 septembre l'avortement se produit et un embryon de 10 à 11 centimètres est expulsé.

On voit que, dans cette observation, la limite d'extensibilité utérine a été atteinte d'emblée sans que les grossesses successives aient pu lui donner une impulsion que nous avons trouvée dans les précédentes. N'est-ce pas un cas d'utérus pubescent ? nous verrons comment on peut essayer de comprendre cette hypothèse qui nous paraît très admissible, sinon facile à démontrer exacte.

Pourquoi ces femmes, avant d'arriver à terme ou à peu près, sauf la dernière, sont-elles réduites à subir plusieurs avortements ?

Nous ne passerons pas en revue les diverses théories qui veulent expliquer pourquoi l'accouchement normal se termine au 9^e mois : ce serait sortir des limites du cadre que nous nous sommes tracé ; mais, une condition indispensable sinon suffisante pour permettre à l'œuf d'arriver à terme, est l'intégrité à peu près complète, de l'extensibilité utérine. Que cette dernière arrivât à son extrême limite le plus souvent à une époque à peu près fixe (fin du 9^e mois), cela ne nous surprendrait pas plus que de voir la taille de l'homme cesser de croître à un âge généralement le même chez tous : ce n'est pas là ce que nous désirons prouver ; aussi, qu'il nous suffise de dire ce qui nous paraît avoir lieu quand l'ex-

tensibilité utérine, n'étant plus normale, est, au contraire, diminuée.

Cependant, avant d'envisager cette question, disons un mot au sujet de l'état inverse de l'utérus, c'est-à-dire quand son extensibilité est augmentée. N'est-ce pas la seule hypothèse qui nous permette d'expliquer comment, dans certains cas, la matrice au lieu d'expulser son produit à la fin du 9^e mois ne l'expulse que 15, 30 jours plus tard par exemple, en donnant lieu à une grossesse prolongée. Ces utérus semblent donc beaucoup moins excitable que normalement, sans doute parce qu'étant plus extensibles ils supportent bien plus facilement des excitations qui seraient suffisantes pour entraîner la contraction du muscle utérin s'il était plus tendu. Beaucoup d'auteurs ont, il est vrai, nié cette prolongation de la grossesse ; il nous semble cependant que cette propriété de l'hyper-extensibilité utérine est d'autant plus vraisemblable, que l'on observe souvent chez la même femme des grossesses prolongées à répétition. Nous avons eu l'occasion de voir dernièrement, à la Clinique, une femme très intelligente, à réponses nettes et précises, qui a présenté trois accouchements prolongés chaque fois de 20 jours environ : chacun d'eux a exigé une intervention très énergique de la part de l'accoucheur.

Si la durée un peu plus longue de la gestation n'a pas généralement d'influence fâcheuse sur l'enfant, il n'en est pas de même quand, par un défaut d'extensibilité, l'utérus rejette avant terme son produit de conception. Formé d'un tissu aussi extensible que fort et résistant, l'utérus peut, dans certains cas, présenter une extensibilité imparfaite qui, arrivant à son extrême limite bien avant le 9^e mois, provoquera, d'abord, un ou plusieurs avortements et, se modifiant à chaque nouvelle conception en devenant de plus en plus grande, permettra aux grossesses ultérieures d'évoluer à peu près

normalement. Cette hypothèse n'est pas une simple vue de l'esprit : ne voyons-nous pas, en effet, certains individus possesseurs d'une vessie dont les parois, quoique épaisses et bien musclées, manquent néanmoins d'élasticité, exigeant ainsi un nombre de mictions beaucoup plus grand ? Dira-t-on que cette vessie inextensible le reste indéfiniment malgré les nombreuses distensions auxquelles elle est soumise, tandis que l'utérus acquiert vite une propriété qui paraissait chez lui plutôt latente ; nous répondrons que si l'extensibilité ne se modifie pas dans la vessie, c'est parce que cette dernière conserve son tissu propre invariable, tandis que celui du muscle utérin change, en partie au moins, et peut par conséquent voir ses propriétés se modifier à chaque nouvelle grossesse. N'est-ce pas ce qui ressort de nos observations. A une 1^{re} grossesse, l'utérus, imparfaitement extensible, arrive vite à son maximum de tolérance et il expulse son contenu : cette première parturition paraît avoir augmenté la propriété extensible de la fibre utérine, car la seconde fois, la grossesse se rapproche beaucoup plus du terme normal et l'atteint presque dans la suite. Toutefois, cette action, si nette au début, s'arrête rapidement, comme si le maximum d'extensibilité était obtenu. Dans les quelques cas que nous citons, nous voyons en effet que cette extensibilité s'est beaucoup rapprochée de celle de l'utérus bien constitué, mais lui est cependant restée inférieure. Ce fait ne doit pas trop nous surprendre, car il est naturel qu'une propriété physiologique d'un organe qui n'est pas absolument normal reste elle aussi inférieure à la normale.

Il nous semble, en outre, que les deux observations suivantes, citées simplement pour prouver l'existence de l'extensibilité imparfaite de certains utérus, constituent une double preuve de l'action que nous envisageons actuellement comme pouvant provoquer des expulsions prématurées à répétition.

Observation I

(Due à l'extrême obligeance de M. le Chef de clinique Guérin-Valmale).

Marguerite B..., 17 ans. Pas d'antécédents pathologiques. Réglée à 15 ans, mais irrégulièrement.

Aspect général plutôt frêle et délicat.

Devenue enceinte vers la fin du mois d'avril 1897, elle est examinée, pour la première fois, le 30 décembre. On trouve un utérus *très tendu et constamment dur*. Au toucher, le *col paraît presque complètement effacé* : à gauche, il ne fait plus de rebord ; à droite, il a une hauteur d'un demi-centimètre à peine ; de plus, *il est ouvert comme une pièce de 1 franc* environ ; la poche des eaux est excessivement tendue.

Pas de promontoire accessible, pas d'albuminurie.

Le 20 janvier 1898, *col complètement effacé : dilatation au moins égale à 1 franc*.

Le 2, puis le 6 février, *avant l'apparition d'aucune douleur, le col est dilaté au moins comme 2 francs*.

Le 7 février, même état ; le 8, la femme accouche d'un enfant assez vigoureux et vivant.

On note seulement une très faible évacuation du liquide amniotique.

Observation II

(Résumée. — Due à la parfaite amabilité de M^{lle} Bazin)

Louise F..., âgée de 15 ans, réglée pour la première fois à 13 ans, l'a été depuis régulièrement. Pas d'antécédents pathologiques. Se croit enceinte depuis 8 mois, sans pouvoir motiver autrement son dire : la grossesse a évolué normalement et sans le moindre trouble.

Cette jeune femme, examinée au moment de son entrée à la Maternité, c'est-à-dire 15 jours avant son accouchement qui a eu lieu

à 8 mois et demi environ, présente, au toucher, non seulement un *effacement complet du col*, mais encore une *dilatation* de ce dernier *comme 1 franc*, sans que la femme accuse la moindre douleur. Les jours suivants, même état jusqu'au moment de l'accouchement, pendant lequel on note une évacuation très minime de liquide amniotique.

Les suites de couches ont été absolument physiologiques : mère et enfant sont partis bien portants.

Voilà donc deux cas dans lesquels le col était non seulement effacé, mais avait subi une pseudo-dilatation pendant tout le dernier mois de la grossesse dans le premier et 15 jours au moins dans le second, sans qu'il y ait eu la moindre apparence de travail. Nous aurions pu citer plusieurs autres observations de ce genre, mais l'explication nous paraissant la même pour chacune d'elles, nous ne les multiplierons pas.

Grâce à son extension facile, le corps de l'utérus normal se laisse dilater au fur et à mesure que son contenu se développe, tandis que le col ne subit de distension qu'au moment du travail. Supposons que l'extensibilité utérine soit limitée : cette limite une fois atteinte, l'œuf continuant à grossir devra forcément s'agrandir aux dépens d'une autre partie ; c'est du côté du col qu'il se fera place, entraînant ainsi l'effacement simple ou la pseudo-dilatation de ce col, suivant que le volume ovulaire sera plus ou moins grand. L'œuf, grâce à ce supplément de place, pourra quelquefois arriver à terme ; mais si le degré d'extensibilité utérine est encore moindre, le contenu ne trouvera plus assez de place dans son réceptacle trop étroit malgré la distension de toutes ses parties et il sera expulsé. C'est l'accouchement avant terme ou l'avortement qui surviendront, suivant le degré plus ou moins grand de l'extension utérine. Nous ne voyons pas comment l'on pour-

rait interpréter, en dehors de notre hypothèse, les deux cas que nous venons de rapporter.

Il serait sans doute intéressant et instructif de pouvoir suivre ces femmes dans leurs grossesses ultérieures pour voir si l'utérus a acquis une extensibilité plus grande sous l'influence d'un premier accouchement et s'il est désormais capable de contenir, à lui seul, l'œuf tout entier. Cette constatation ne serait qu'une preuve de plus qu'il faudrait ajouter à celles que nous possédons déjà et qui nous permettent de conclure, dans certains cas d'expulsion prématurée à répétition, à l'influence prépondérante de l'extensibilité imparfaite de l'utérus.

Une autre hypothèse dont l'idée première revient à M. le Dr Puech, le père d'un de nos maîtres, est celle de l'*utérus pubescent*. Cet utérus est en quelque sorte une miniature qui, se caractérisant par la petitesse de ses dimensions et son faible poids, implique un arrêt dans la croissance de l'organe, survenu à une époque où le développement de la matrice était déjà très avancé. « C'est en un mot, dit M. le Dr Puech, une forme de transition intermédiaire à l'utérus infantile et à l'utérus pubère et se rapprochant, suivant les cas, tantôt de l'un, tantôt de l'autre ». On doit peu compter sur les symptômes rationnels pour diagnostiquer un utérus pubescent, mais chez une femme qui a toutes les apparences d'une bonne constitution, qui a dépassé l'âge moyen de la venue des règles sans avoir eu d'hémorrhagie *cataméniale*, ou qui présente seulement quelques écoulements sanguins survenant irrégulièrement, ne peut-on pas songer à une maturité incomplète de l'utérus ? Quelquefois, la fécondation de cet utérus est impossible ; dans certains cas, elle peut avoir lieu : elle est alors suivie bien souvent d'avortements répétés ; cependant, on a pu voir la petitesse utérine constatée dans les premiers temps du mariage disparaître après plusieurs avortements et per-

mettre plus tard aux femmes de concevoir et de porter leurs enfants à terme. Il semble donc que, sous l'influence de plusieurs grossesses antérieures, la maturité de la fibre utérine ait subi un sérieux accroissement qui se manifeste surtout par une extensibilité plus grande et plus parfaite.

Nous revenons ainsi insensiblement à l'hypothèse que nous avons émise plus haut. Chercherons-nous, dès lors, à savoir si l'extensibilité imparfaite de l'utérus est primitive avec une matrice entièrement développée, ou si elle est, au contraire, secondaire avec un utérus pubescent

C'est là une distinction qui nous paraît bien difficile à établir et qui n'aurait d'ailleurs qu'un intérêt médiocre, puisque ces deux hypothèses, loin de s'exclure, semblent plutôt se compléter dans certains cas et permettre de donner l'explication d'un bon nombre d'expulsions prématurées répétées, considérées comme étant de cause inconnue.

CONCLUSIONS

Résumons en quelques mots notre travail :

1° Certaines femmes présentent des expulsions prématurées à répétition, suivies ou quelquefois précédées d'accouchements à terme.

2° Les causes de ces expulsions successives avant terme sont le plus souvent connues.

3° Parmi les causes connues et par ordre de fréquence, d'après nos observations, nous notons : 1° la syphilis ; 2° l'albuminurie ; 3° la métrite chronique ; 4° les maladies cardiaques et la fièvre intermittente.

4° Certaines observations ont réellement une cause inconnue (ou inavouée).

5° Quelques cas, considérés comme ayant une cause inconnue, nous paraissent explicables par l'hypothèse que nous proposons : *l'extensibilité imparfaite de l'utérus*.

6° Dans ces cas, chaque nouvelle grossesse, surtout au début, augmente l'extensibilité utérine qui se rapproche beaucoup de la normale sans, le plus souvent, l'atteindre complètement.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juin 1899.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juin 1899.

Le Doyen,
L. VIALLETON.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Auvard. — Traité d'accouchements. — Travaux d'obstétrique.
- Boissard. — Des avortements en général et leur thérapeutique.
(*Méd. moderne*, 23 février 1898).
- Bousquet. — Des causes de l'avortement. Th. de Paris, 1872.
- Brion. — Th. de Paris, 1892.
- Brouilhon. — De l'avortement rhumatismal. Th. de Montpellier, 1890.
- Charpentier. — Traité pratique des accouchements, t. I, p. 597. —
De l'avortement habituel. (*Annales de la Soc. obstétricale de France*, 1897).
- Eybert Grandin. — De l'avortement habituel. (*Arch. de tocologie*,
1884, p. 180).
- Fournier. — *Bulletin médical*, 1889, p. 772. — Syphilis et mariage,
1890, p. 75 et 163.
- Garimond. — Traité théorique et pratique de l'avortement, 1873. —
Étude des causes déterminantes de l'accouchement à terme
et avant terme. (*Nouvelles arch. d'obst. et de gynécol.*, t. II,
1887).
- Goubert. — De l'étiologie des avortements à répétition. Th. de Paris,
1878.
- Hüter. — De l'avortement habituel dans la flexion de l'utérus.
(In *Monatsch. f. Geburtsk.*, 1864, t. XXIV, p. 199).
- Joulin. — Traité complet d'accouchements, 1867.
- Lancereaux. — Dict. des sc. méd., art. alcoolisme,

- Lavergne. — *N. Montpellier médical*, N° 5, supplément 1^{er} septembre 1897.
- Legrand. — Syphilis et grossesse. Th. de Paris, 1886.
- Mauriceau. — Traité des maladies des femmes, 1670.
- Maygrier et Demelin. — Étude clinique sur l'avortement multiple et en particulier sur l'avortement gémellaire. (*Arch. de tocol.*, 1892).
- Miraschi. — *Nouv. arch. d'obst.*, 1894.
- Muller. — De la grossesse utérine prolongée indéfiniment. Th. de Nancy, 1878.
- Pinard. — Dict. encyclop. des sc. méd., art. grossesse, p. 113.
- Porak. — Th. d'agrégation. Paris, 1880.
- Puech. — De l'utérus pubescent. (*Annales de gynécologie*, 1874, p. 278, 446).
- Roisin. — De la rupture spontanée et prématurée des membranes de l'œuf, considérée sous le rapport des récidives. Th. de Paris, 1881.
- Schuhl. — De l'avortement à répétition et des moyens d'y remédier. (*Arch. de tocologie*, 1892).
- Tarnier et Budin. — Traité de l'art des accouchements, t. II, p. 159.
- Tarnier et Chantreuil. — Traité d'accouchements, t. II.
- Viodagin. — *Bulletin thérapeutique*, 1885, t. CIX.
- Ziclinski. — De la métrite comme cause d'avortement. Th. Paris, 1895.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
